Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 sierpnia 1884. № 32. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Najmniejsze zalety w znaczeniu antyseptycznem przedstawia użycie sublimatu dla właściwego opatrunku rany. Jeżeli się trzymamy takiego stopnia zgęszczenia na jaki tylko dozwala niebezpieczeństwo zatrucia, to sublimat nie działa z pewnością mocniéj jak niejeden dziś już nieużywany słabszy środek przeciwgnilny, nawet tymol. Ze względu na stałe i pewne działanie ośmieliłbym się nawet twierdzić, że jest on słabszym od jodoformu. Środek antyseptyczny w opatrunku znajdujący się ma, jak wiadomo, powstrzymać rozkład i rozwój bakteryj. Temu zadaniu czyni zadość wiele zresztą nawet słabych środków przeciwgnilnych; do opatrunku nie potrzebujemy więc energicznie działającego środka. Co do tymolu, to Koch wykazał, że już w rozcieńczeniu 1:80,000 upośledza rozwój bakteryj, trzeba więc już z góry przyznać, że tymol, choć dla wielu innych celów postępowania przeciwgnilnego nie wystarcza, jest znakomitym środkiem przeciwgnilnym dla opatrunków. Dla tego Ranke zupełnie słusznie broni i dziś jeszcze tymolu, nawet wobec kwasu karbolowego, gdyż ten ostatni dopiero w rozcieńczeniu 1:1250 upośledza rozwój bakteryj. Jodoform w formie najbardziéj zgęszczonéj, t. j. jako proszek (czyto użyty jako taki, czytéż jako gaza jodoformowa) właśnie tyle działa, ile potrzeba dla opatrunku, t. j. wstrzymuje rozkład wydzieliny rannéj. Twierdzenie Boillata i innych, że jodoform zmięszany z miazgą trzustki nie zdoła powstrzymać jéj gnicia, wcale nie przynosi ujmy jego znaczeniu. Miazga trzustkowa jest właśnie masą łatwo bardzo gnijącą; a rany szczęśliwym trafem nie wydzielają miazgi trzustkowéj tylko krew i surowicę, które łatwiéj uchronić od gnicia. Przecież nie można wymagać od środka antyseptycznego więcéj, jak żeby tak jak jodoform utrzymał rany zupełnie w stanie aseptycznym, a wydzielinie odejmował wszelką woń, mimo że koło rany przechodzi ślina, śluz i pokarmy, a nawet mocz i kał.

Co do sublimatu to ma tenże w opatrunku powstrzymać rozkład wydzieliny w białko bogatéj, ma więc działać wśród podobnych prawie warunków jak w moich wyżéj opisanych doświadczeniach. Przypuśćmy więc na ich podstawie, że wydzielina w opatrunku musi zawierać co najmniéj 2‰ sublimatu, żeby się na pewne oprzeć rozkladowi. Jeżeli jakiś materyjał opatrunkowy, np. mech torfowy, wsysa 10 razy tyle ile waży, to musi być napojony sublimatem 2% żeby pozostać zupełnie aseptycznym; jeżeli wsysa tylko 5 razy tyle, ile sam waży, to musi zawierać 1% sublimatu. Dochodzimy tu jednak do liczb, które przekraczają możliwe granice wobec niebezpieczeństwa zatrucia i wywołania wyprysków. Podam poniżéj przypadek, gdzie po użyciu opatrunku zawierającego 1% sublimatu nastąpiła śmierć z powodu zatrucia rtęcią. Wprawdzie możnaby mi zarzucić, że większość chirurgów osięga dobre wyniki przy zastosowaniu materyjałów zawierających ½%, a nawet ¼%, sublimatu.

Proszę jednak zważyć, że wszyscy prawie z sublimatem łączą jeszcze drugi znakomity środek przeciwgnilny, tj. wysuszenie opatrunku. Kto nie używa zewnętrznéj nieprzemakalnéj warstwy opatrunku Listera często może dostrzedz, że cały opatrunek nawet bez środka przeciwgnilnego nie będzie cuchnął, jeżeli tylko dość szybko wyschnie. W ten sposób oczywiście można spotęgować działanie środka przeciwgnilnego zkądinąd niewystarczającego. Późniéj jeszcze podam kilka uwag o wynikach osiągniętych względnie słabym środkiem, tj. smołą, która jednak wymogom środka przeciwgnilnego opatrunkowego zupełnie odpowiada.

Nie chciałbym jednak być źle zrozumianym. Wcale nie twierdzę, jakoby sublimat nie był odpowiednim do opatrunków; w właściwém zgęszczeniu jest także dobrym środkiem dla opatrywania ran, zwłaszcza, jeżeli się wydzielinie ułatwi zaschnięcie. Nie działa jednak skuteczniéj jak wiele innych

środków. Jeżeli więc inne jakieś korzyści nie przemawiają za używaniem sublimatu do opatrywania ran, to ze stanowiska antyseptyki z pewnością nie ma powodu dawać pierwszeństwo temu, nie całkiem bezpiecznemu środkowi; byłoby to zarówno niebezpiecznóm, jak gdyby ktoś do celu, który można z pewnością osiągnąć prochem strzelniczym, użył daleko niebezpieczniejszéj nitrogliceryny.

Pominąłem jeszcze jednę okoliczność. Opatrunek sublimatowy nie posiada téj stałosci w działaniu przeciwgnilném, którą odznacza się opatrunek jodoformowy. Jeżeli większa ilość wydzieliny wsiąknie w opatrunek, to właśnie w częściach przylegających do rany i otworów drenowych, a więc w częściach najważniejszych opatrunku, środek przeciwgnilny ulega wyługowaniu i znika zupełnie. Należy tu więc zmienić opatrunek, skoro tylko wydzielina na brzegach opatrunku przesiąka; przy opatrunku jodoformowym wcale na to nie trzeba zważać. Już w jednéj z moich pierwszych rozpraw o jodoformie podniosłem tę okoliczność, jako zaletę jodoformu w ogole, a zwłaszcza w praktyce wojennéj.

Na podstawie tego rozumowania bardzo rozmaicie wypadnie nasz sąd co do wartości sublimatu dla poszczególnych części postępowania przeciwgnilnego. W części profilaktycznéj przewyższa on swém pewném działaniem wszystkie dotąd używane środki, w innych zaś częściach postępowania przeciwgnilnego z pewnością nie działa mocniéj jak inne środki, a wśród pewnych okoliczności nawet słabiéj, jeżeli się w ogóle trzymamy tych stopni zgęszczenia, na jakie zezwala niebezpieczeństwo zatrucia. Jeżeli więc wielu twierdzi, że od czasu zaprowadzenia sublimatu wyniki leczenia ran stały się lepsze, to należy to położyć na karb dosadniejszego dokonania części profilaktycznéj. Trzeba także jeszcze zważyć, że znaczna liczba chirurgów jeszcze przed zaprowadzeniem sublimatu mogła wykazać się wynikami, które już chyba nie mogą być lepszemi. Wielu twierdzi, że róża przyranna pod opatrunkiem sublimatowym nie rozwija się, ale to samo twierdzono dawniéj i o opatrunku karbolowym. Zresztą znane są także przypadki róży przyrannéj mimo leczenia sublimatem; Bruns np. na 180 przypadków miał jeden przypadek róży. W mojéj, tak nieodpowiednio urządzonéj, klinice miałem podczas pierwszych 5u kwartałów przy wyłącznem leczeniu kwasem karbolowym na przeszło 200 dużych i mnóstwo małych operacyj tylko jeden lekki przypadek róży. Gdym przed Wielkanocą zaprowadził sublimat dla dezinfekcyi rąk i pola operacyjnego pojawiły się tuż po sobie 2 przypadki róży przyrannéj [1]). Z pewnością byłoby niesłusznie te 2 przypadki kłaść na karb zaprowadzenia sublimatu. Mimo to jestem przekonanym, że sublimat w tym kierunku energiczniéj działa niż kwas karbolowy. Trudno robić odpowiedzialnym jakikolwiek sposób leczenia ran za sporadyczne, tylko wyjątkowo się zdarzające, przypadki róży; wypadki zdarzają się tu i owdzie mimo sublimatu i mimo kwasu karbolowego i są następstwem błędów w wykonaniu odnośnéj metody. Tego rodzaju błędy trafiają się jednak tu i owdzie przy każdém ludzkiém dziele, a częstość ich zależy jedynie od wprawy, dokładności i sumienności osób przy pracy zajętych. Z natury rzeczy wypada, że tego rodzaju błędy łatwiéj trafiają się w klinikach, gdzie jak i w mojéj, oprócz mniéj lub więcéj wprawnych ekarzy także i wcale niewprawni uczniowie asystują.

Dotychczas oceniliśmy sublimat uwzględniając tylko jego działanie przeciwgnilne. Wartość jego dla leczenia ran zależy jednak bez wątpienia od wielu innych własności, które téż zwolennicy jego na korzyść sublimatu podnoszą.

Co do kosztów przewyższa sublimat swą taniością wszystkie mocniejsze środki przeciwgnilne, zwlaszcza że do leczenia ran wystarczają tak słabe rozczyny. Tylko ze względu na sam opatrunek, wzgląd ten ustępuje zupełnie wobec gazy jodoformowéj. Opatrunek sublimatowy, bowiem zarówno jak i karbolowy, musi być w całości napojony środkiem przeciwgnilnym. Do opatrunku jodoformowego wystarczy zaś mały kawał gazy jodoformowéj, materyjał leżący ponad nią nie wymaga żadnego szczególniejszego przygotowania. Dla tego téż opatrunek jodoformowy należy do najtańszych, i może pod tym względem ubiegać się o lepsze z opatrunkiem sublimatowym.

Brak barwy i woni sublimatu podnoszą niektórzy jako zaletę, inni jako wadę. Nie można téż zaprzeczyć, że z sublimatem, zwłaszcza jeżeli się dostanie do rąk ludzi niewykształconych i niesumiennych, łatwiéj dzieją się nadużycia i latwiéj mogą nastąpić niebezpieczne pomyłki niż z kwasem karbolowym. Ale zdarzyły się już także i przypadkowe zatrucia kwasem karbolowym, zdaje mi się, że z oboma środkami w tym kierunku należy postępować z należytą ostrożnością. Jako szczególną zaletę sublimatu przytacza wielu, że nie jest lotnym. Ścisle jednakże badania wcale jeszcze nie wykazały, że rzecz tak się ma rzeczywiście. Owszem spostrzegano, że sublimat w delikatném rozdrobnieniu, w jakiém się znajduje w materyjałach opatrunkowych, nietylko ulatnia się w ilości dającéj się wykazać, ale prawdopodobnie w bardzo znacznéj ilości, albo w inny jakiś sposób niknie. Fillenbaum *(Ueber neuere Modificationen des antiseptischen Verbandes. Wiener medic. Wochensch.*, 1884, Nr. 16) podaje wynik badania gazy sublimatowéj Bergmanna wykonanego przez Dra Kratschmera. Pokazało się że, już podczas przyrządzania gazy Bergmanna, część sublimatu przeznaczonego do napojenia gazy ginie. Gazę gotową zamknięto w puszce blaszanéj i badano ją ponownie po 3ch miesiącach; pokazało się, że zawierała ledwie tylko ślad sublimatu, podczas gdy przedtém na 1mtr. gazy przypadało 30mgr.

Wobec tych uwag Fillenbauma prosiłem kolegę prof. Łazarskiego, aby zechciał daléj badać, o ile się ulatnia sublimat w opatrunkach zawarty. Z niedokończonych jeszcze doświadczeń, które prof. Łazarski łaskawie wykonać raczył, podaję tymczasem tylko następujące wyniki: W początku maja napojono kawałki odtłuszczonéj gazy dokładnie oznaczoną ilością 2% eterycznego rozczynu sublimatu. Część gazy przechowano w zamkniętém pudełku z kartonu, część zaś na otwartéj miseczce drewnianéj. Po 51 dniach badano oba kawałki na ilość sublimatu w nich zawartą. Pokazało się, że w gazie przechowanéj w zamknięciu $^1/_6$, w niezamkniętéj zaś przeszło $^1/_3$ pierwotnéj ilości sublimatu znikła. Czy to znikanie sublimatu z gazy jest zawsze stalém i tak znaczném, jak to doświadczenia Kratschmera i Łazarskiego zdają się wykazywać, to o tém muszą dopiero rozstrzygnąć dalsze doświadczenia. Tymczasem jednak nie mamy prawa uważać zawartości sublimatu w gazie, która nie jest hermetycznie zamknięta, za ilość stałą, i nie jest jeszcze usprawiedliwioném polecać w praktyce wojennéj gazę

[1]) Były to jedyne przypadki w tym roku; oba zakończyły się zupełnie pomyślnie. Nadmienię tu jeszcze, że dla braku odpowiedniego miejsca nie mogłem chorych tych odosobnić, lecz musieli pozostać obok innych operowanych.

sublimatową jako materyjał pewny i na któryby się spuścić można.

Musimy jeszcze zastanowić się nad jedną rzeczą. Jestto — *the last not the least* — kwestyja zatrucia. Czy sublimat jest dla ran środkiem całkiem bez niebezpieczeństwa lub przynajmniéj nie więcéj niebezpiecznym jak kwas karbolowy i jodoform? Nie wielu tylko zwolenników utrzymywało, że sublimat w zastosowaniu do leczenia ran jest środkiem zupełnie obojętnym. M. Bott (*Beiträge zur Sublimatbehandlung*. Soloturn, 1884. Znane mi tylko z referatu w *Centralblatt für Chir.*, 1884, Nr. 16) na podstawie spostrzeżeń na 300 chorych twierdzi, że sublimat zastosowany przy leczeniu ran nie ulega całkiem wessaniu, że więc ustrojowi nie może zupełnie szkodzić. Natomiast nawet najgorliwsi obrońcy sublimatu, jak Kümmel, Bröse, Kehrer i inni, opisują objawy, które stanowczo uważać trzeba jako ogólne działanie rtęci, a tém samém dowodzą, że pod pewnemi warunkami, nawet przy zewnętrznem użyciu sublimatu, rtęć może uledz wessaniu. A gdzie rtęć bywa wessaną, tam istnieje niebezpieczeństwo zatrucia, choćby w setkach przypadków nie wystąpiły zagrażające życiu objawy. Nie ma bowiem może trucizny, któréj działanie tak jest zależne od indywidualnego usposobienia chorego, jak właśnie rtęć. (C. d. n.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przebieg po operacyi.

Sprawa gojenia odbyła się w 226 oczach (83·38%) zupełnie prawidłowo; w 82 oczach (26·62%) zaś zaszły mniéj lub więcéj ważne zboczenia od prawidłowego przebiegu. Uwzględniając wykonanie operacyi okazuje się, że po 227 operacyjach prawidłowych, zdarzyły się w przebiegu gojenia zboczenia 52 razy, czyli w 22·90%; po 81 zaś operacyjach wadliwych 30 razy, tj. w 37·03%. Liczby te dowodzą ważności wpływu operacyi na sprawę gojenia.

Co do rodzaju zboczeń w sprawie gojenia to wydarzyły się: 1) krwotok do komórki przodkowéj bez przerwania ranki 2 razy (0·65%). W obu tych przypadkach przekonałem się naocznie, że krwotok powstał bez otworzenia się ranki. W obu przypadkach powstał krwotok w mojéj obecności, podczas opatrywania oka w godzinach przedpołudniowych. W pierwszym z tych przypadków wydobywała się krew z po za ranki, z głębi oka, podobnie jak w przypadku opisanym przez prof. Rydla w Nrze 18 Przeglądu Lek. z roku 1878 i nagromadziła się na dnie przodkowéj komórki do wysokości 2 mm. W drugim przypadku, dnia trzeciego po operacyi, po rozwiązaniu oka podczas rannych oględzin, okazała się na skroniowéj części tęczówki smuga krwi, która wytrysła w oddaleniu jednego mm. od zewnętrznego brzegu sztucznéj szczeliny i spływała po tęczówce. W tym przypadku oko było dość mocno opaską przyciśnięte. Przypuszczam więc, że w chwili zdjęcia opaski i zmniejszenia parcia zewnętrznego na oko, znaczniejszy przypływ krwi do niego sprowadził pęknięcie naczynia tęczówkowego. Zdarzenia te pozostały bez szkodliwego wpływu na dalszy przebieg gojenia i na bystrość wzroku. 2) Krwotok do przodkowéj komórki, przyczém komórka była wprawdzie cieczą wodną wypełniona lecz płytsza, zdarzył się 15 razy, całkiem zaś wypróżnioną była komórka 6 razy, w którychto jednakże przypadkach przecież pozostały ślady krwi na tęczówce (razem 6·81%). Widocznie nastąpiło tu pęknięcie całéj lub jakiejś części ranki, oko bywało miększe, ranka wydęta, raz był płat spojówkowy krwawo podbiegnięty. Opadnięcia tęczówki, któregoby poprzednio nie było, nie spostrzegaliśmy. 3) Lekkie zapalenie tęczówki wśród łagodnych przypadów zadrażnienia naczyniowego z wytworzeniem się przyczepin tylnych, które się najczęściéj przerywały późniéj przy zastósowaniu atropinu, zdarzyło się 38 razy (12·33%). Przyczepiny istotnéj szkody nie zrządziły. 4) Ciężkie zapalenie tęczówki ze zmętnieniem cieczy wodnéj i wypocinami widocznemi w przodkowéj komórce 9 razy (2·92%). 5) Zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki 5 razy (1·62%). 6) Ropienie rogówki (ranki), ropne zapalenie tęczówki i zapalenie ciałka rzęskowego 7 razy (2·27%). 7) Ropne wreszcie zapalenie całéj gałki ocznéj, nie zdarzyło się ani razu.

W przypadkach lekkiego zapalenia tęczówki, z przypadami zadrażnienia naczyniowego i bólami, które występowały zaraz po operacyi lub dnia następnego, a zwłaszcza w przypadkach, w których przebieg operacyi był wadliwy, a wydalenie zaćmy wymagało silniejszego ugniatania oka, lub użycia pętli Webera, stósowano, jak w ogóle po urazach oka, zimne okłady z bardzo pomyślnym skutkiem. Chorzy doznawali podmiotowo ulgi, bóle ustępowały, źrenica rozszerzała się pod wpływem atropinu a objawy przekrwienia i zadrażnienia ustępowały po dwóch lub trzech dniach. Zimne okłady stósowano w ten sposób, iż płatki płótna w czworo złożone maczano w zimnéj wodzie, w któréj pływał kawałek lodu, a po wyciśnięciu przykładano na oko zaklejone kilkoma paskami kitajki angielskiéj. Okład zmieniano często, przestrzegając ściśle, aby się nie ogrzewał. W przypadkach, w których chorzy nie znosili zimnych okładów wytwarzało się niebawem zapalenie ciałka rzęskowego lub ropienie rogówki i tęczówki.

W przypadkach ropnego zapalenia rogówki i tęczówki stósowano chinin, ciepłe wilgotne okłady, ze środków przeciwgnilnych kwas salicylowy i borowy, w kilku przypadkach jodoform, wreszcie ezeryn i atropin. Środki te, stósowane według znanych wskazań, oddawały mniéj lub więcéj skuteczne usługi; mamy powody sądzić, że powstrzymywały rozwój sprawy zapalnéj, łagodziły objawy chorobowe, nie zdołały jednakże ani w jednym przypadku, w którym po operacyi zaćmy pojawiły się już objawy ropienia, powstrzymać dalszego rozwoju sprawy zapalnéj, w ten sposób, aby oko uratować od ociemnienia. Całkowite zupełne usługi oddają środki przeciwgnilne tylko tam, gdzie z góry zapobiegają rozwojowi choroby zakaźnéj. Gdzie raz zakażenie się rozgościło, tam się już po nich daleko mniéj spodziewać należy; pewne ślady zniszczenia w każdym razie pozostaną, w oku zaś małe stosunkowo zmiany wyrządzają wzrokowi wielką szkodę. Z tego wynika, że w okulistyce operacyjnéj właściwe zdanie środków przeciwgnilnych jest zapobiegawcze i zależy przedewszystkiém na należytém oczyszczeniu oka przed operacyją i jego ochronie od zakażenia podczas i po operacyi.

O działaniu środków przeciwgnilnych w przypadkach, w których już objawy zakażenia się pojawiły, mówić będę w innéj części tego sprawozdania, w części: „O chorobach rogówkowych,“ tu tylko wspomnę, że środkom przeciwgnil-

nym w przypadkach ropienia rogówki i tęczówki po operacyi zaćmy schyłkowéj, zawdzięczamy ograniczenie ropienia i zapobieżenie rozwojowi ropnego zapalenia całéj gałki ocznéj (*Panophthalmitis*). To téż ani raz po operacyi zaćmy niepowikłanéj nie zropiało całe oko; ropienie zajęło tylko przodkową część gałki ocznéj, rogówkę i tęczówkę, a towarzyszące zapalenie plastyczne tylnych części oka sprowadziło w siedmiu przypadkach suchoty gałki ocznéj (*Phthisis bulbi*).

Przy téj sposobności wspomnę jeszcze o postępowaniu przeciwgnilném, zastósowaném przed operacyją i o opatrunku przeciwgnilnym, zakładanym po operacyi. Dzień przed operacyją przy spisywaniu historyi choroby zapuszczano do worka spojówkowego 2%, późniéj 3-procentowy rozczyn kwasu borowego. W przypadkach chociażby lekkiego nieżytu lub nastrzykania naczyń spojówkowych zapuszczano dnia poprzedzającego operacyję kilka razy wyżéj wspomniany rozczyn. Bezpośrednio przed operacyją zapuszczano znów kwas borowy do worka spojówkowego i zmywano twarz i powieki za pomocą waty Brunsa maczanéj w rozczynie borowym. Po operacyi i oczyszczeniu oka zakładano naprzód płatek lintu borowego (przez czas jakiś płatki waty wchodzące w skład opatrunku Hornera) zmaczany w kwasie borowym, wyścielano oczodół watą Brunsa, tę zaś przytwierdzano paskami płótna za pomocą plastru diachylowego i opaską flanelową Arlta z tasiemką poprzeczną. Watę i płatki lintu borowego przechowywano w naczyniu szklaném, zamkniętém szczelnie nakrywką szklaną. Przy przewijaniu oka obmywano powieki rozczynem kwasu borowego.

Pobyt operowanych w klinice.

Z przyczyn, o których prof. Rydel na str. 257 sprawozdania o zaćmie (r. 1878 Przegl. Lek.) wspomina, przedłużano pobyt operowanych w klinice zasadniczo aż do mocnego zabliźnienia się ranki i ustąpienia wszelkich śladów zadrażnienia oka. W najpomyślniejszych nawet przypadkach, z wyjątkiem kilkunastu, nie opuszczali chorzy kliniki przed 17tym dniem po operacyi. Pobyt operowanych, u których zaszły ciężkie zboczenia w przebiegu gojenia, przedłużał się do kilku tygodni a niektórych do kilku miesięcy. Jedna chora przebywała w klinice bez przerwy 208 dni. Przyczyną tego było ciężkie zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, po którego ustąpieniu i przeczekaniu kilku tygodni wykonano irydektomiję, gdy ta pozostała bez skutku a uboga chora domagała się operacyi zaćmy na oku drugiém, jeszcze niedojrzałéj, z powodu, że dalekiéj podróży po raz drugi przedsięwziąć nie będzie mogła, przyspieszono dojrzałość sposobem Förstera, a w trzy miesiące późniéj wydobyto zaćmę z ostatecznym wynikiem $V^6/_{18}$. Tém się tłumaczy stosunkowo długi średni pobyt, wynoszący 23·8 dni, na każdą z 308 operacyj, licząc od dnia operacyi aż do dnia wystąpienia z kliniki.

Wypadki co do wzroku.

Wiadomo, że bystrość wzroku poprawia się zazwyczaj dłuższy jeszcze czas po operacyi. Niezborność rogówkowa, powstała skutkiem operacyi, zmniejsza się z czasem, źrenica oczyszcza się, środki łamiące do reszty się wyjaśniają. Ażeby oznaczyć bystrość wzroku, którą chorzy uzyskali trzebaby więc operowanych późniéj badać, ale sposobność po temu wydarza się tylko rzadko i przypadkowo. Chcąc jednakowoż przedstawić wypadki co do wzroku, podajemy w każdym z operowanych przypadków wynik ostatniego badania, w tych zaś przypadkach, których po wystąpieniu z kliniki już widzieć nie mieliśmy sposobności, wynik pierwotny, tj. ten, z jakim z kliniki wystąpili.

Wypadki co do bystrości wzroku są następujące:

$S^6/_{6}$	w	3	przypad. tj.	0·97%	I
$S^6/_{9}$	„	3	„ „	0·97%	
$S^6/_{12}$	„	17	„ „	5·52%	
$S^6/_{18}$	„	39	„ „	12·66%	
$S^6/_{24}$	„	112	„ „	36·36%	
$S^6/_{36}$	„	70	„ „	22·73%	
$S^6/_{60}$	„	45	„ „	14·61%	
$S^5/_{60}$	„	5	„ „	1·62%	II
$S^3/_{60}$	„	3	„ „	0·97%	
$^1/\infty$	z nadz. odzysk. wzr.	1		0·32%	HI
$S\,^1/\infty$	bez nadziei	4	przyp.	1·30%	IV
S=0	w	6	przypad. tj.	1·95%	

Wypadki powyższe dzielą się na cztery gromady. Do gromady I należą wszystkie oczy, które odzyskały bystrość wzroku od $^6/_{6}$ do $^6/_{60}$, uzdalniającą operowanych do wszelkich zatrudnień, szycia, pisania i czytania druków drobnych. Wypadków takich zaliczanych powszechnie do zupełnie pomyślnych było 289 na 308 operacyj, co stanowi 93·83%.

W IIgiéj gromadzie mieści się 8 czyli 2·60% operowanych, którzy odzyskali bystrość wzroku pozwalającą im czytać duże druki i wykonywać grubsze roboty. Pomiędzy tymi znajduje się także chory z bardzo dobrym wynikiem technicznym, który pomimo to liczy tylko palce na 5 metrów z powodu plam rogówkowych, które od dzieciństwa bystrość wzroku upośledzały. Przypadku tego nie zaliczono do zaćm powikłanych, gdyż do tych tylko takie zaliczano, które operować trzeba w oczach dotkniętych chorobą, mogącą wpłynąć niepomyślnie na przebieg operacyi lub na przebieg sprawy gojenia. Natomiast nie zaliczono do téj gromady dwóch przypadków, w których po operacyi chorzy mieli tylko poczucie światła, a po irydotomii, pomyślnie wykonanéj, odzyskali $^6/_{24}$ w jednym, a $^6/_{36}$ prawidłowéj bystrości wzroku w drugim przypadku. Dodać wreszcie trzeba, że prawie wszyscy chorzy, do téj gromady zaliczeni, mogą jeszcze doznać znacznéj poprawy wzroku za pomocą operacyi powtórnéj. Większa część tych chorych dla tego tylko nie poddała się operacyi powtórnéj, że im bystrość wzroku oka drugiego, najczęściéj także operowanego, zupełnie wystarczała.

Do IIIciéj gromady zaliczamy jeden tylko przypadek. Przy operacyi pozostała w oku tylna kora soczewkowa, która całkowicie nie była dojrzała, skutkiem czego powstała gruba zaćma wtórorzędna, zapalenie tęczówki i liczne tylne przyczepiny. Chory ten wystąpił z kliniki z poczuciem światła i prawidłową lokalizacyją. Zresztą wyglądało oko tak, że była uzasadniona nadzieja, iż chory po ponownéj operacyi uzyska średnią bystrość wzroku. Chorego tego widziałem późniéj. Z niewiadomych powodów dostał zapalenia ciałka rzęskowego w trzy miesiące po wystąpieniu z kliniki, skutkiem czego rozpoznawał światło stoczka tylko w odległości jednego metra. Ponieważ w przedstawieniu wypadków co do wzroku podajemy w każdym z operowanych przypadków wynik ostatniego badania, zapalenie zaś ciałka rzęskowego najprawdopodobniéj przecież pozostawało w związku z dokonaną operacyją, przy obliczaniu odsetek strat oko to zaliczyłem więc do ócz straconych.

Gromadę IVtą wreszcie stanowią cztery oczy z utrzymaném wprawdzie poczuciem światła, ale z mniéj więcéj wyraźnemi oznakami zaniku i sześć ócz pozbawionych poczucia

światła, wszystkie bez żadnéj nadziei odzyskania wzroku (3·25%). Utraciliśmy więc, wliczając także oko gromady trzeciéj do straconych, 11 ócz na 308 operacyj zaćm schyłkowych niepowikłanych, co czyni 3·57%. Natomiast osiągnięto wynik dodatni, zupełnie pomyślny, w 93·83%, a wynik dodatni pośledni w 2·60%. Sąto wyniki operacyjne, jakiemi nie wiele zakładów poszczycić się może.

Jeżeli porównamy wyniki operacyjne przypadków, z których obecnie sprawę zdajemy z wynikami 319 operacyj, które prof. Rydel ogłosił w r. 1878 w Przeglądzie Lekarskim, to porównanie wypada stanowczo na korzyść późniéj wykonanych operacyj. Odsetka bowiem wyników zupełnie pomyślnych (I gromada) podniosła się o 1·98, odsetka zaś zupełnych strat zmniejszyła się o 1·45. (Dalsza część późniéj ogłoszoną będzie).

III. Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka połykowego.

(Vegetationes adenoid. tonsillae pharyngeae)

Skreślił **Dr. Klemens Koehler** z Kościana.

W. Mejer (*Ueber adenoide Vegetationen. Archiv f. Ohrenheilkunde.* Czerwiec, 1873) z Kopenhagi był pierwszym, który w roku 1873 określił chorobę, nad której leczeniem dziś obszerniéj zastanowić się pragnę. Jakkolwiek już Czermak, Koelliker i Voltolini na powiększenie się gruczołka połykowego wskazywali, a Kölliker, a zaraz po nim Luschka, anatomicznie i histologicznie szczegółowiéj gruczoł ten opisali, niezaprzeczenie jednakże przypisywać należy zasługę Mejerowi, że pierwszy operowania się podjął i na podstawie licznych przypadków zachęcił lekarzy do dalszych ścisłych badań i do wydoskonalenia sposobów operowania. Ponieważ narzędzie, którém Mejer operował, a dziś jeszcze operuje, nie wszystkim na tém polu specyjalistom dogodném się zdawało, posypały się jak z rogu obfitości najrozmaiciéj zbudowane narzędzia, przyczém, jak to zwykle bywa, każde narzędzie przez siebie podane jako najlepsze, najdogodniejsze i najpewniejsze wychwalał.

Ponieważ zwyrodniały i przerosły ten gruczoł wielką ilość naczyń krwionośnych w sobie zawiera a i Mejer donosił, że po operacyi krwotok czasem dość silny następował, to też myśl przyżegania kamieniem piekielnym znalazła adeptów. Zaufal nawet polecał ten sposób, okalając drut platynowy azotanem srebra. Pomijając jednakże to, że zwyczajny a tańszy zgłębnik, stosownie zagięty, a nie platynowy, zupełnie wystarcza, trudną jest rzeczą zniszczyć przypaleniem większe wybujałości, a w każdym razie postępowanie to długo, czasem lata, trwające i przykre, znużyć może chorego. Może się jednak i ten sposób w wyjątkowych przypadkach stać korzystnym w razie, gdy większe wybujałości już innem narzędziem zniszczono, resztę zaś doszczętnie jeszcze wypadnie nam usuwać. Rodzice wreszcie lękliwi, bojąc się krwawych rękoczynów, zniewolić nas czasem mogą do użycia téj metody, wcale się jednak niezalecającéj. Prócz kamienia piekielnego polecono jeszcze kwas chromowy, potaż żrący, chlorek zynku. Wypalanie to odbywa się przez usta, którąto drogą jedynie bez uszkodzeń zdrowych części dojść możemy do miejsca wskazanego. Drugą drogą, którą dosięgnąć możemy ściany przestrzeni połyko nosowéj, jest przewód dolny nosa, między muszlą dolną a dnem nosa. Tę drogę obrał W. Mejer i sporządził w tym celu na dlugim trzonku mały obrączkowaty nożyk obosieczny, którego prosta średnica wynosi 7mm., a poprzeczna 10mm. Po wprowadzeniu nożyka wchodzi się palcem lewéj ręki przez usta za podniebienie miękkie i nim się narośle do nożyka przyciska, wyskrobując, wszystko co nad powierzchnię ściany wystarcza. Krwotok tamuje się przepłukiwaniem przez nos i potem jeszcze się przypala azotanem srebra. W ten sposób jednakże tylko górnéj części przestrzeni dosięgnąć można, gdy tymczasem rozrost gruczołu i na boczne ściany aż do otworów trąbek Eustachijusza albo na tylną ścianę sięgać może. Były asystent Mejera Wiktor Lange (*Deutsche mediciniche Wochenschrift* 1883, Nr. 53) także używa podobnego nożyka obrączkowego, wprowadza go jednak przez usta, przyczém zmienił stosownie trzonek. Sposób ten znajdujemy już lepszym, ściany bowiem wszystkie są dostępnemi, a w ogóle ta droga lepiéj nas do celu prowadzi. Dochodząc przez przewód nosowy do przestrzeni połyku za nosem napotykamy rozmaite trudności. Najprzód uwzględnić nam trzeba, że zwykle skutkiem choroby otwory nosa są małe, że przy wybujałościach migdałka połykowego zawsze i błony śluzowe nosa są w stanie zapalnym, że muszle dolne często są powiększone, że daléj zwykle przegroda nosowa okazuje zboczenia od linii prostéj, że na niéj spotykamy wybujałości kostne, w końcu nadmienić nam wypada, że i nowotwory w nosie samym nieprzepartą tamę stawiać mogą. Liczyć się także trzeba i z tém, że wypada nam zawsze starać się o to, aby choremu jak najmniéj sprawiać przykrości, operując zaś przez nos nietylko ten narząd drażnimy, ale jeszcze i palcem przez usta wprowadzoném narzędziem kierować musimy. Dwa przypadki ostrego zapalenia jamy środkowéj ucha podane przez Wendta, które powstać miały po wprowadzeniu narzędzia Mejera przez nos, nie dowodzą wcale, jakoby zapalenia te miały być następczemi, to téż przypadków tych jako przeciwwskazania do używania narzędzi wprowadzanych przez nos uważać nie można. Ileżbyśmy musieli wywoływać takich zapaleń przez wprowadzanie cewnika do trąbki Eustachijusza? Po tém, cośmy nadmienili, nie możemy téż polecać ucinania tych wybujałości za pomocą pętli przez nos wprowadzanéj, czy o zimnéj, czy téż galwanicznie rozpalonej. Stoerck, Hartmann, Zaufal podali każdy z osobna aparat z pętlicą, Voltolini operuje pętlą galwanokaustyczną. I tu znów napotykamy na konieczność wprowadzania palca przez usta, aby pętle zakładać za pojedyńcze, wysterczające wypukłości i przytrzymywać. Część lekarzy obywa się zupełnie bez narzędzi, zapewne trzymając się zasady, że palec najlepszém narzędziem, za pomocą paznogcia wydrapują i miażdżą narośla. Postępowanie takie nazwać wypada co najmniéj niegodném lekarza, jestto postępowanie barbarzyńskie i bardzo przykre na otoczenie robiące wrażenie. Jak już dziś nikt migdałków nie wydrapuje paznogciem, jak nikt już dzisiaj paznogciem ropni tylno połykowych nie otwiera, tak téż zapewne wkrótce nikt nie będzie powiększonego migdałka połykowego wydrapywać za pomocą paznogcia. Dziwić się musimy, że dziś jeszcze mieliśmy sposobność napotkać w Niemczech nawet specyjalistów z pewném zadowoleniem tak operujących. Ponieważ nie każdemu daném jest mieć mocne paznogcie, użyto stalowego paznogcia Motaisa, który za pomocą pierścionka wkłada się na pierwszy członek palca wskazującego tak, aby ostrze poza brzeg naturalnego paznogcia przechodziło. Bezold zmienił narzędzie Motaisa o tyle, że obrączka zakłada się na trzecim członku, od obrączki pod palcem

idzie stalka, na której końcu łyżeczka przymocowana, wystająca na 2 do 3 mm. poza palec. Justi (*Ueber adenoide Neubildungen im Nasenrachenraume. Klin. Vorträge*, Nr. 125) operując także zwyż opisanym paznogciem, poleca jeszcze łyżeczkę ostrą, osadzoną na dłuższym członku, który stosownie jest zagięty. Łyżeczek takich używać trzeba cztery rodzaje podług tego, którą ścianę się wydrapuje. Justi sam przyznaje, że po téj operacyi zawsze bywa mocny krwotok, który bawełną styptyczną tamować często musi. Żadnych złych następstw nigdy nie miewał, ale sam dodaje, że spostrzegali je Mejer, Schwartze, Wendt i inni. Używanie wszelkich ostrych narzędzi bez kontroli oka, która tu jest zawsze niemożebną, nie da się żadną miarą usprawiedliwić. Operując gołym palcem przynajmniéj czuciem osądzamy, co drapiemy, sztucznym jednakże paznogciem ani téż łyżeczką ostrą czuć o tyle nie możemy, abyśmy mogli ochronić błonę śluzową, która w takich razach równie bywa rozmiażdżoną, a często i okostna większym ulegnie obrażeniom. Badanie nosa z tyłu, którém się posługujemy dla rozpoznania, jest przy takiém operowaniu niemożebném. Przestrzeń za mała, aby można i zwierciadełko jeszcze wprowadzać, choćbyśmy mieli bardzo cierpliwego i dobrze do rynoskopii nadającego się chorego, a co ważniejsza jeszcze, że krew na zwierciadło ściekająca obraz zakryje.

To téż ważną jest bardzo przyczyną, dla czego wymienionych sposobów operowania polecać nie możemy. Jak chirurg zupełnie odsłania wpierw nożem części głębiéj leżące, które odłączyć i wyjąć zamierza, tak i usuwanie gruczołka połykowego musimy koniecznie starać się pod wodzą oka uskuteczniać. Nauka rynoskopii tak dziś już jest wydoskonaloną, że można za pomocą zwierciadełka w licznych przypadkach całą przestrzeń połyko-nosową dokładnie widzieć. Nie wypada nam téż wprowadzać instrumentów po ciemku i omacku, a kto nie umie te części oku przystępnemi uczynić, niechaj się lepiéj nie podejmuje sprawy, któréj dobrze nie zna. Niezaprzeczenie nie można zarzucać Majerowi i Langemu nieświadomości, mimo że przy ich metodach zwierciadła używać nigdy nie można, oni doświadczeniem nabytém swemi narzędziami dobrze i pewno operują, w ich ręku nóż ten obosieczny nie jest niebezpiecznym. Nie można im daléj robić zarzutu, że dotąd od swoich narzędzi nie odstąpili, przyzwyczaili się do nich, są im dogodne, ale i z drugiéj strony nie mogą ci dwaj znakomici duńscy laryngolodzy dziś już znaleźć naśladowców. Barbarzyńskie zaś wydrapywanie czy naturalnym, czy też sztucznym paznogciem zupełnie zaniedbaném być powinno, już téż i dla tego samego, że nigdy wzrokiem osądzić nie można co i jak głęboko się miażdży. Przyznać musimy, że niestety są osoby, u których badanie nosa z tyłu jest niemożebném, przy cierpliwości jednakże i tę liczbę jeszcze zniżymy. Wziernikując często, przyzwyczaimy chorego do téj manipulacyi, nauczymy go zwolna regularnego oddechania przez nos, przez co podniebienie miękkie się zwiesi. A gdy nadczułość jest zbyt wielką, poskromić ją wypada przez pędzlowanie rozczynem bromku potasowego lub chloralem z morfinem. Przyuczywszy chorego, ztępiwsy przez częste badanie podniebienie miękkie i tylną ścianę połykową, często z łatwością przyjdzie nam po łyżce przez chorego samego trzymanéj, a język przyciskającéj, obok zwierciadełka jeszcze i narzędzie przeprowadzić i rękoczyn wykonać. Operowanie wszelkie w gardle, połyku musi być, o ile możności, pod kierunkiem wzroku wykonywaném, dogmat to, którego przestrzegać zawsze winniśmy, a od którego tylko wśród okoliczności od nas już niezależnych odstępować wolno. Że dojście do migdałka połykowego jest tylko wygodném przez usta, że narzędzia drapiące są niestosownemi, już zwyż wykazać się starałem, myśl użycia narzędzi odszczypujących wybujałe kawałki, kleszczy, naturalnym biegiem rzeczy laryngologom nasunąć się musiała. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze

(w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 26 lipca br.)
podał Dr. Ponikło.

W dniu 26 lipca b. r. przedstawił Dr. Koch w Urzędzie zdrowia (*Reichsgesundheitsamt*) w Berlinie wyniki swych badań nad etyjologiją i patogenezą cholery wobec zaproszonego ściślejszego grona lekarzy, przeważnie profesorów uniwersytetu Berlińskiego i kilku najwyższych lekarzy wojskowych.

Na wstępie zwrócił Dr. Koch uwagę na różnolitość dotychczasowych zapatrywań co do przyczyn, sposobu przewlekania, patogenezy i rozwoju cholery: gdy nauka o innych chorobach zakaźnych dzięki ulepszonym sposobom badania w ostatnim dziesiątku lat znaczne poczyniła postępy, rzecz o cholerze nie wiele rozjaśnioną została, częścią dla tego, że w tym okresie czasu nie było sposobności spostrzegania epidemii w Europie, w Indyjach zaś, gdzie cholera stale mogłaby dawać materyjał do umiejętnego badania, nikt się nie znalazł, ktoby przy pomocy nowych metod badania sprawą tą się zajął.

Rozpoczyna Koch od wyniku badań swych przedsięwziętych w Egipcie, w roku zeszłym. Czuł wtedy dobrze trudność swego zadania, gdy ani istota zarazka cholerycznego nie była znaną, nie było nawet uzasadnionych wskazówek, gdzie tegoż szukać należy, czy we krwi, czy w jelitach, czy gdzieindziéj w ustroju, czy się rozchodzi o prątki, czy grzybki lub może o najniższe ustroje zwierzęce, jak amoeby itd.

Przedewszystkiém sekcyje przedsięwzięte na zmarłych skutkiem cholery w Egipcie przekonały Kocha, iż w wielu przypadkach zmiany anatomiczne spostrzegane nie zgadzały się z szablonowym opisem w podręcznikach lekarskich podawanym. W przeważnéj liczbie przypadków zmiany anatomiczne były głębsze: przekrwienie jelita cienkiego, zwłaszcza dolnéj części dochodziła bardzo wysokiego stopnia, błona śluzowa była w wielu miejscach obumarła i zgorzelinowo rozpadnięta, znajdowały się liczne powierzchowne owrzodzenia, tudzież pokłady błonicowe najczęściéj tuż powyżéj kiszki ślepéj, treść jelitowa tylko w bardzo ostrych i krótkotrwałych przypadkach była podobną do odwaru ryżowego, częściéj była krwawo-posokową. W wielu przypadkach znalazł Koch cechujące zmiany anatomiczne błony śluzowéj jelit: gruczoły odosobnione tudzież kępki Peyera były otoczone ciemno-czerwoną obwódką, gdy otoczenie i środkowe części kępek tylko słabo były przekrwione; treść jelitowa w tych przypadkach była podobną do rzadkiego kleiku mącznego. Badanie drobnowidowe jelita w tych właśnie „cechujących" przypadkach wykazało, że w owe miejsca zaczerwienione i przekrwione nastąpiła inwazyja prątków: prątki najobficiéj znajdowały się w gruczołach torebkowych, sadowiły się również pomiędzy warstwą przybłonkową a błoną zasadniczą, niejako podno-

sząc i wypuklając warstwę przybłonkową, w niektórych przypadkach wtargnęły także głębiéj w tkaninę jelita; poza temi prątkami o szczególniejszych kształtach i rozmiarach, które badającego uderzały, można było wykazać liczne prątki o rozmaitéj postaci i wielkości, zupełnie odpowiednie tym jakie w ogóle się rozwijają przy sprawie rozpadowéj i zgorzelinowéj. Obraz drobnowidowy robił na badającym wrażenie, jakoby owe prątki „szczególniejsze“ były czemś pierwszorzędném, jakoby one dopiero następowo utorowały drogę rozwojowi zwykłych prątków septycznych.

W treści jelitowéj tych przypadków, gdzie takowa była krwawo-posokową, cuchnącą, nie mógł Koch wykazać owych „cechujących“ pratków, lub tylko w skąpéj ilości. Przeważały tu wielce zwykłe prątki gnilne najrozmaitszych kształtów. Badanie jednak przypadków świeżych i ostrych pouczyło Kocha, iż im zmiany są świeższe tym większa ilość prątków cechujących. Prątki te nazwał Koch „prątkami przecinkowemi *(Kommabacillen)*. Są one o połowę mniejsze, niż prątki gruźlicze, lecz wiele grubsze, pękate i zakrzywione łukowato (ztąd do przecinka pisarskiego podobne). Czasem można spostrzedz podwójne zakrzywienie, tak iż powstaje kształt litery: S. (złączenie dwóch osobników). Hodowanie prątków tych wykazało nadto szczególniejszą formę rozwoju tychże, wyrastają czasem w długie nitki śrubowato skręcone, niezmiernie podobne do spirochaetów duru powrotnego. Dla tego dotąd Koch nie jest pewnym, czy ma zaliczyć prątki choleryczne do właściwych prątków *(bacillus)* czy do rzędu prątków krętych *(sprillum)*, lub możebnie stanowią one formę przejściową.

Prątki przecinkowe rozwijają się bardzo łatwo i szybko w płynach pożywczych, np. w rosole i mleku. W mleku nie strącają kazeinu, jak to czynią inne prątki. Rosną bardzo żywo w surowicy krwi. Znakomitym gruntem rozwoju prątków przecinkowych jest także żelatyna, w któréj kolonije prątków tych cechujące przybierają kształty: młoda kolonija przedstawia postać bladéj małéj kropli o konturach nierównych jakby poszarpanych, w dalszym rozwoju przybiera wejrzenie ziarniste, łamie silnie światło; sprawia około siebie rozpływanie się żelatyny w formie lejka, na którego wierzchołek opada.

Najlepiéj rozwijają się prątki przecinkowe w ciepłocie 30°—40°C., w ciepłocie 17°C., mnożą się jeszcze dość dobrze, chociaż znacznie powolniéj; poniżéj 16°C. przestają się rozwijać. Staza ta w rozwijaniu się nie jest wszakże identyczną z obumarciem tychże. Prątki przecinkowe zawarte w płynie i na ciepłotę — 10°C. wystawione, po odtajaniu płynu świetnie dały się hodować. Nie znoszą one braku powietrza i tlenu, jak wykazały doświadczenia pod kloszem pompy pneumatycznéj robione, chociaż po przystępie powietrza mogą znowu odżyć i na nowo się rozwijać. — Również przestają się mnożyć w atmosferze gazu kwasu węglowego, lecz i wtedy nie obumierają, lecz popadają tylko w chwilowy stan uśpienia, z którego zaczerpnąwszy tlenu budzą się. Niska ciepłota zatém, brak tlenu, wstrzymują tylko czasowo rozwój prątków przecinkowych, lecz ich bynajmniéj nie gubią.

Prątki choleryczne w ogóle rosną bardzo szybko, lecz dosięgnąwszy pewnego stopnia rozwoju daléj się nie mnożą i poczynają ginąć. Na wilgotnéj ziemi, na bieliźnie wilgotnéj rozwijają się niezmiernie żywo przez pierwsze 24 godzin, poczém powolniéj przez 1—2 dni, wreszcie się rozpadają ustępując miejsca zwykłym prątkom gnilnym.

W płynach gnilnych prątki te się nie rozwijają; Koch nie znajdował ich téż w treści jelit, krwawo-posokowéj.

Koch podaje daléj wpływ różnych substancyj na żywotność i rozwój prątków cholerycznych:

1) Jod (1:4000; w któréj ilości, jak wiadomo, w wodzie się rozpuszcza) nie powstrzymuje rozwoju prątków. Takiż rozczyn jodu nie powstrzymuje np. rozwoju prątków wąglikowych (*bacillus anthracis)*.

2) Alkohol powstrzymuje rozwój prątków dopiero w rozczynie 10-procentowym.

3) Siarkan żelaza dopiero w rozczynie 2%-owym powstrzymuje rozwój prątków cholerycznych, lecz żadną miarą ich nie gubi. Koch uważa siarkan żelaza za nieodpowiedni środek dezinfekcyjny kloak i zbiorników istot gnilnych, a nawet za wprost szkodliwy, albowiem powstrzymując zgniliznę, a nie wpływając swoiście na prątki choleryczne, może się w słabszych rozczynach owszem przyczynić do rozwoju prątków.

4) Alun w rozczynie 1:100, kamfora 1:300, kwas karbolowy 1:400, olejek miętowy 1:2000, siarkan miedzi 1:2500, chinin w rozczynie 1:5000, a sublimat w rozczynie 1:100,000(!!) powstrzymują rozwój prątków przecinkowych. (C. d. n.)

Dr. Fr. Dornblüth (z Rosztoku): **Uwagi o leczeniu cholery.**

Odkrycie prątków cholerycznych dokonane przez Kocha oraz nieustanne badanie właściwości ich życia wpłynie niewątpliwie, może już w niedalekiéj przyszłości, na gruntowną zmianę postępowania leczniczego w cholerze. Co do zapobiegania, to zdaje się, że głównie zasady Pettenkofera, z taką wytrwałością od tylu lat głoszone, doczekają się tym razem tryjumfu i ogólnego uznania.

Nim jednak wynaleziony zostanie swoisty środek, któregobyśmy w cholerze byli tak pewni, jak np. chininu w zakażeniu bagienném, czego znów, nawiasem mówiąc, nie tak rychło spodziewać się można, — potrzeba koniecznie wobec grożącéj całéj Europie epidemii, porozumieć się przynajmniéj co do główniejszych zasad postępowania leczniczego w cholerze, zwłaszcza że niejedna metoda i niejeden środek stosowany dawniéj, okazały się stanowczo niewłaściwemi a nawet szkodliwemi.

Przedewszystkiém uważać należy i nadal za pewnik, że wszelkie zaburzenia w trawieniu oraz patologiczne sprawy w żołądku, którym towarzyszy nieprawidłowe kiśnienie, obfitsza wydzielina alkalicznego śluzu i pomniejszenie ilości kwasu solnego, ułatwiają rozwój żywotny prątków cholerycznych i pozwalają im dostawać się tą drogą do jelit, badania bowiem wykazały, że przecinkowate prątki właściwe cholerze, właśnie w alkalicznych cieczach najbujniéj się mnożą, gdy przeciwnie wszelki rozczyn kwaśny jest trucizną dla ich ustroju (Kłodzianowski).

Usuwać przeto należy starannie w razie epidemii wszelkie, nawet lekkie, zaburzenia czynności żołądka, tém bardziéj inne wybitniejsze sprawy chorobowe tego narządu, najlepiéj podawaniem kwasu solnego; w razie zaś przeładowania żołądka nadmierną ilością spożytych pokarmów nie należy wcale zwlekać z podaniem silnego środka wymiotnego (korzenia wymiotnicy), ażeby zalegającą żołądek miazgę czem prędzéj usunąć.

Panującą w czasie epidemii t. zw. biegunkę zwiastunną należy w każdym przypadku uważać za biegunkę choleryczną, co zresztą dawno uznaném zostało. Nie wynika

z tego jednak bynajmniéj wskazanie do użycia środków szczmiących i ściągających, stosowanych w celu doraźnego stłumienia biegunki. Jeżeli w zwyczajnéj biegunce, powstałéj z zalegania w jelitach kiśniejącéj miazgi, niemniéj w biegunce dysenterycznéj, zasadą jest najważniejszą, aby przedewszystkiém wydalić z jelit treść nieprawidłową, to do prawdy pojąć trudno, dla czego jednę tylko biegunkę choleryczną leczono dotąd wręcz przeciwnie, podawaniem makowca, tanniny, bizmutu, azotanu srebrowego i innych środków ściągających i szczmiących, co chyba do tém skuteczniejszego zatrzymania w jelitach skisłéj miazgi i tém bujniejszego w niéj rozwoju prątków cholerycznych przyczyniać się mogło.

To téż jak z jednéj strony wielu lekarzy różnemi czasy oświadczyło się wprost za tém, aby leczenie biegunki cholerycznéj rozpoczynać od podawania środków przeczyszczających, tak znów z drugiéj co do działania makowca i rozmaitych „kropli" zawierających ten środek a tak powszechnie używanych przeciw biegunce cholerycznéj, stanowczo przestrzega autor, opierając się na doświadczeniu własném i innych, zdobytém podczas epidemii grasującéj w Rosztoku i okolicy w latach 1850 i 1859.

Szczególniéj podczas téj ostatniéj epidemii w Rosztoku schroniło się dużo osób ze stanów zamożniejszych do miejscowości portowéj i kąpielowéj Warnemünde dla tego, że ją cholera w dwóch poprzednich epidemijach w r. 1830 i 1850 zupełnie ominęła. Wszyscy przywieźli z sobą i używali gorliwie rozmaitych kropli makowcowych lub proszków składających się najczęściéj z bizmutu i makowca, — i właśnie u nich okazała się biegunka najuporczywszą a przebieg cholery bardzo groźnym. Wkrótce doszło opium, jako środek przeciwcholeryczny, do takiéj niesławy, że najpierw lekarze odróżniać zaczęli podług tegoż skuteczności lub nieskuteczności „cholerę swojską od azyjatyckiéj" a następnie osobną uchwałą rady gminnéj rosztockiéj (27 lipca 1861) i rozporządzeniem Rządu meklembursko-szweryńskiego (27 czerwca 1863) surowo wzbroniono aptekarzom sprzedawania podczas epidemii kropel makowcowych oraz ponownego wydawania makowca na raz już użytą receptę! Uderza to tém bardziéj, że w dziele takiém jak Niemeyera-Seitza (X t. II, 755) makowiec wyraźnie podany jest jako „środek jeden z najskuteczniejszych w biegunce cholerycznéj", którego używanie „nawet bez osobnego przepisu lekarskiego" dozwolone być winno. Dla tego to uważa autor za daleko stosowniejsze, zaraz przy pierwszych objawach zakażenia cholerycznego nakazać choremu położyć się do łóżka a zamiast środków powyżéj wspomnianych zalecić mu picie zwyczajnéj herbaty lub naparu z mięty.

Lecz i w okresie właściwéj cholery makowiec jest podług niego jeśli nie wprost szkodliwym, to napewne bezużytecznym. Odwołuje się w téj mierze do zdania wielu lekarzy, podług których nawet winę występowania okresu tyfoidalnego cholery przeważnie przypisać należy makowcowi i innym środkom odurzającym. Te bowiem zadawane choremu w okresie cholery, w którym chłonienie w jelitach zupełnie zawieszoném zostało, pozostają w przewodzie pokarmowym aż do przywrócenia chłonienia, poczém w większéj naraz ilości wprowadzone do obiegu krwi, rozwijają niejako działanie zborne.

Z uwagi zatém, że pierwszém zadaniem lekarza w biegunce cholerycznéj powinno być wydalenie nieprawidłowéj treści jelit wraz z prątkami, niemniéj, że właśnie porażenia jelit najbardziéj w cholerze obawiać się należy, zaleca autor unikanie makowca a natomiast wczesne podawanie kalomelu. Zalecali ten środek zresztą już angielscy i niemieccy lekarze, z tych ostatnich Pfeufer. Kalomel w właściwéj dawce dany sprawia, jak wiadomo, charakterystyczne zielone stolce; prócz tego minąwszy żołądek bez zmiany, przeobraża się w jelitach w sublimat, związek będący najsilniejszym ze znanych dotychczas środków czerwiogubnych i przeciwgnilnych.

Kalomel można zadawać po 0,10 co godzinę aż do wystąpienia zielonych odbycin albo 0,50 naraz, późniéj zaś w dawkach małych, często powtarzanych (po 0,05 — 0,10). Wymioty najlepiéj uśmierzać połykaniem kawałeczków lodu, napojami zawierającemi obficie kwas węglowy, a więc wodą sodową lub jeszcze lepiej szampanem, w braku tychże innego gatunku silném winem. Bardzo skuteczną ma być także ciepła kąpiel.

Z podawania azotanu srebrowego, bizmutu, przetworów wroniego oka, garbnika i innych środków ściągających szczmiących lub odurzających nie widział autor nigdy najmniejszego skutku, dla tego ich stanowczo zaniechać radzi.

Przeciw groźnéj utracie wody, a w następstwie tego zgęszczeniu krwi i obniżeniu się napięcia naczyń, zaleca i popiera wstrzykiwanie podskórne 0,6% roztworu soli kuchennéj. W okresie ziębnienia jedynie wskazanemi są środki podniecające i ogólne mięsienie (*massage*).

W okresie tyfoidalnym zalecają lekarze indyjsko-angielscy znowu kalomel, przypisując mu działanie na wątrobę i nerki. Z moczopędnych środków najlepiéj podawać, jako najłagodniejszy, kwas cytrynowy. Przeciwwskazanym nie jest on w żadnym razie, a znakomicie ułatwia wessanie wody.

Sposób postępowania w cholerze podług powyższych wskazówek poleca autor gorąco, jako wielokrotném doświadczeniem własném i innych w kilku epidemijach wypróbowany, szczególniéj młodszym lekarzom, którzy często bardzo widzą, już *prognosim infaustissimam* tam, gdzie jeszcze cierpliwością i wytrwałością dużo zdziałać można. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1884, Nr. 29). *Dr. Musialowicz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie sekcyi rzeszowskiéj Tow. lek. gal. d. 8 maja 1884.

Przewodniczący kol. Barzycki. Obecnych członków 8.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Janocha przedstawia następujący przypadek: Kobieta, lat 36 mająca, żona woźnego, która odbywszy 3 prawidłowe porody i 3 poronienia, prócz nieżytu oskrzeli, żadnych innych chorób nie przebywała, okazuje w gardle na języczku nowotwór wielkości orzecha włoskiego, okrągławy, gładki, nieco pagórkowaty, zbitości tłuszczaka, pokryty błoną śluzową, barwy żywo różowéj o rozszerzonych żyłkach powierzchownych. Nowotwór wisi na szypule krótkiéj, rozszerzającéj się nieco przy uczepieniu do języczka, wypełnia w znacznéj części światło gardła, z łatwością jednak palcem przesunąć można naokoło niego. Błona śluzowa najbliższego otoczenia nieco rozpulchniona i żywiéj zabarwiona. Głos wyraźny, jednak nosowy. Ogólne odżywienie i stan zdrowia dobre. Z braku mikroskopu uznano jedynie ogólnikowo nowotwór za dobrotliwy a dający się z łatwością usunąć. Z powodu jednak rzadkiéj wielkości nowotworu i dla bliższego oznaczenia jego jakości, uchwalono odesłać chorego do kliniki krakowskiéj. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabrali głos koll. Bandrowski, Rotter i Niesiołowski.

3. Kol. Rotter opowiada przebieg operacyi i gojenia

zwichnienia kości skokowéj, z powodu niezręcznego skoku 60-letniéj kobiety z dość wysokiego wozu. Uszkodzona w 6 tygodni późniéj badana nie okazywała wyraźnych objawów złamania sąsiednich kości. Przez błędne leczenie zwichnienia przez wiejskiego partacza nastąpiło zapalenie kości skokowéj i częściowa jéj zgorzel z następowém samoistném otwarciem stawu skokowego przez ropę. Cięcie półkoliste na zewnętrznéj stronie stawu skokowego, wypukłością ku górze zwrócone otworzyło do reszty staw skokowy, poczém wyłuszczono kość skokową, założono dren, ranę spojono szwami i opatrzono ranę przeciwgnilnie. 6go dnia po operacyi gorączka ustała, rana goiła się *per primam intentionem*.

4. Kol. Janocha opisuje przypadek ropiastego zapalenia gruczołu przyprątnego skutkiem rzeżączki u 22 letniego mężczyzny. Ropa z zapalonego gruczołu podczas kateteryzowania, w znacznéj ilości odchodziła cewką, a następnie tą drogą zawsze się pokazywała przy ucisku palcem na gruczoł przyprątny przez kiszkę stolcową. Nad pytaniem czy ropień otworzył się do cewki moczowéj, czy téż do pęcherza, jakotéż nad metodą dalszego postępowania zabierali głos wszyscy obecni.

5. Podanie przypadku *mania nihilistica* przez kol. Bandrowskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Rotter, sekretarz. *Dr. J. Barzycki*, przewodniczący.

VI. III-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

W dalszym ciągu posiedzenia przemawiał Rossbach ako sprawozdawca osobnéj komisyi :

O leczeniu chorób zakaźnych.

Podczas Zjazdu zeszłorocznego przedłożył R. projekt co do sposobu, w jaki postąpić należy, ażeby dla chorób zakaźnych, dla których nie są jeszcze znane leki swoiste leki takie wynaleźć. Porozumiawszy się ze znaczną liczbą lekarzy i postarawszy się ze strony fabryki chemicznéj Schuchardta o zapewnienie dostawy leków chemicznie czystych, przedkłada R. Zjazdowi projekt postępowania, które ma na celu badanie skuteczności leków w chorobach zakaźnych przez licznych badaczów równocześnie w różnych stacyjach Państwa Niemieckiego. Przedewszystkiém muszą być używane systematycznie środki, o których skuteczności przekonano się w odosobnionych przypadkach, aby tym sposobem usunąć wszelkie wątpliwości co do ich skuteczności. Środki wybrane muszą być chemicznie czystemi, łatwo rozpuszczalnemi a trudno rozkładającemi się. Komisyje podejmujące się badań mają zapewnić sobie udział pracowni chemicznych, aby módz przekonać się zawsze o czystości tych leków albo téż ustalić dawki, które mają być stosowane. Każdy lekarz będzie mógł przesłać swoje obserwacyje do komisyi, jeżeli tylko będzie się trzymał ściśle przepisów w téj mierze wydanych. Badanie ma się rozciągać w klinikach i szpitalach: na dur brzuszny, gruźlicę, zapalenie płuc, różę i czerwonkę; w zakładach dla dzieci: na odrę, płonicę, błonicę, ospę, cholerę dzieci i krztusiec; w zakładach chirurgicznych i położniczych mają sprawy septyczne i połogowe stanowić przedmiot badania. Każda stacyja będzie co roku zawiadamianą, jakie środki mają być stosowane w przeciągu roku w pewnych chorobach zakaźnych. Zawiadomienia takie będą podawały równocześnie dawki leków, jak niemniéj opis dokładny ich użycia. Oprócz tego otrzyma każda stacyja arkusze z pytaniami, na które będą obowiązani odpowiedzieć lekarze, którzy się podejmą obserwacyi. Praca tego rodzaju, jakkolwiek przedstawia trudności, może do wielkich rezultatów doprowadzić a od czasu jak lekarze istnieją podejmą oni po raz pierwszy zjednoczonemi siłami walkę przeciw najgroźniejszemu wrogowi ludzkości, t. j. przeciw chorobom zakaźnym.

Potém mówił Riegel

O przetworach kofeinowych.

Żaden środek nie działa tak znakomicie w przebiegu chorób serca jak naparstnica, pewném jest jednak, że w niektórych przypadkach nie znoszą chorzy naparstnicy, w innych zawodzi ona tak, że potrzeba środka, którymby można zastąpić naparstnicę, jest powszechnie uznaną. Kofein ma być, zdaniem R., środkiem zupełnie w tym celu przydatnym. Dopiero w czasach nowszych zwrócili autorowie francuscy uwagę na działanie kofeinu, który reguluje czynność serca. Na prace tych autorów nie zwrócono zrazu uwagi, mowca zaś przyszedł do przekonania na podstawie doświadczeń podjętych przed rokiem, że kofein jest nietylko środkiem w tych przypadkach bardzo skutecznym, ale ma nawet pewne zalety przed przetworami naparstnicy. Szeregiem tablic, zdjętych ze swoich przypadków, udowadnia autor zdanie, że kofein jest środkiem regulującym ruchy serca tak jak naparstnica, podany w odpowiedniéj dawce (1·0—1·5) wzmacnia siłę serca, zwalnia jego czynność, podnosi parcie w układzie tętniczym i szybko zwiększa wydzielanie moczu. Wskazania do podawania kofeinu są te same co dla naparstnicy a w przypadkach, w których ostatnia zawodzi, skutkuje często kofein. Nie należy równocześnie podawać leków odurzających. Kofein znoszą chorzy lepiéj aniżeli przetwory naparstnicy.

W dalszym ciągu obrad odczytano pracę Unny: O pigułkach jelitowych, które składają się z keratynu i dla tego nie rozpuszczają się w żołądku lecz dopiero w jelitach, gdzie wywierają działanie. Ta ich własność czyni je przydatnemi do pewnych doświadczeń.

Z mniejszych rozpraw odczytanych na tym Zjeździe zasługuje na wzmiankę praca Edlefsona

O działaniu chloranu potasowego.

E. przyznaje, że doświadczeń swoich nie ukończył, doszedł już jednak do spostrzeżeń tego rodzaju, że je uważa za odpowiednie do ogłoszenia. Badał on działanie chloranu potasowego na krew zewnątrz organizmu i na człowieka żywego i nabrał przekonania, że działanie to jest zgubném dla hemoglobinu, który pod wpływem środka tego zamienia się w methemoglobin. Działanie to ma miejsce jedynie na ciałka krwi ginące, ciałka zaopatrywane w tlen nie podlegają zgubnemu działaniu, ztąd wniosek, że *intra vitam* działanie środka musi być odmienne i nie jest dotąd wyjaśnione. Mało prawdopodobieństwa przemawia za zgubném działaniem chloranu potasowego dopóki przyjmowanie tlenu nie jest upośledzone, działanie takie rozwija się w przypadkach niedokładnéj dekarbonizacyi krwi i autor czuje się uprawnionym do ostrzeżenia przed podawaniem chloranu potasowego w przypadkach cieśni krtaniowéj, napadów dusznicowych i w przypadkach wad zastawkowych. *I. S.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich przysłał nam następującą odezwę do wszystkich sekcyj tegoż Towarzystwa:

Wedle istniejących przepisów prawodawstwa rakuskiego lekarze wolnopraktykujący nie mogą być zmuszeni do obowiązkowego donoszenia władzom politycznym o przypadkach chorób zakaźnych w praktyce przez nich spostrzeganych.

Ponieważ atoli nauka lekarska uznaje z całą pewnością,

że powstrzymanie każdéj epidemii jest jedynie możebne przez zlokalizowanie pierwszych przypadków, przeto Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich uchwaliła na swém posiedzeniu z d. 19 lipca b. r. przyjęcie obywatelskiego obowiązku donoszenia o pojawieniu się przypadków chorób, — przez naukę za nagminne uznanych, i to w têm przekonaniu, że interesa stanu w tym razie ustąpić winny interesom ogółu.

Powyższą uchwałę Zarząd Towarzystwa lekarzy galicyjskich ma zaszczyt przesłać wszystkim sekcyjom Towarzystwa z uprzejmém wezwaniem, wzięcia téj sprawy pod obrady i uchwalenia równobrzmiącéj rezolucyi.

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galic.
Dr. Merunowicz, sekretarz jener. *Dr. Biesiadecki*, prezes.

* **Cholera**. Według ostatnich wiadomości epidemija maleje ciągle we Francyi południowéj; ogranicza ona się dotąd do Tulonu, Marsylii oraz miast Aix i Arles. W ogóle zaraza dotąd nie obejmuje większego obszaru nad 20 mil kwadratowych, co uwzględniwszy wybuch jéj przed 7 tygodniami nie bardzo przemawia za jéj szybkiém rozpowszechnieniem się. Mimo to państwa i gminy nie zaniechały przygotowań na każdy przypadek; tak np. Rada m. Wiednia zakłada szpital o 300 łóżkach oraz zarządziła dezinfekcyję wszystkich domów, 2 razy na dobę uskuteczniać się mającą. Telegramy w ostatnich dwóch dniach rozniosły wiadomość o pojawieniu się cholery we Włoszech; czekamy na dalsze wiadomości. Pogłoska ta dla państwa rakuskiego ma wielkie znaczenie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,4. Z ospy umarło 0 (3 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 2 czerwonki, 3 choleryny. W tygodniu od 13—19 lipca złagodniała ospa w Londynie. Świeżo zapadło 149, umarło 21, leczyło się w szpitalach 1230. W Wiedniu, Liwerpolu i Baltimore umarło po 1, w Lizbonie 2, w Odesie 3, w Brukseli 4, w Petersburgu, Nowym Orleanie i Bombayu po 4, w Pradze 12. w Kalkucie 21, w Madrasie 24. W Genewie umiera więcéj osób z tyfusu. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 1, w Londynie 2, w Madrycie 3, w Murcyi 4. W Paryżu, Londynie, Wiedniu, Berlinie, Pradze, Petersburgu i Odesie wymiera więcéj dzieci z biegunki. W Paryżu umarło 2 z choleryny, w Lizbonie 1. W Kalkucie umarło od 1 — 7 czerwca 37 z cholery. Od 19 do 25 lipca umarło z cholery w Tulonie 224, w Marsylii 335, w Arles 15.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,1; w Warszawie 32,0; w Wiedniu 30,0; w Budapeszcie 39,6; w Pradze 34,0; w Tryjeście 24,9; w Berlinie 44,7; w Hamburgu 34,3; w Gdańsku 30,3; we Wrocławiu 58,2: w Monachowie 43,3; w Dreźnie 38,3; w Lipsku 35,7; w Kolonii 41,1; w Frankfurcie n. M. 46,1; w Genewie 36,8; w Brukseli 29,4; w Amsterdamie 30,0; w Hadze 26,9; w Paryżu 27,8; w Londynie 26,1; w Kopenhadze 24,9; w Stokholmie 20,3; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 30,7; w Odesie 44,4; w Rzymie 27,3; w Wenecyi 30,3; w Bukareszcie 26,5; w Madrycie 29,0; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Jorku 24,8; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 22,7; w Madrasie 33,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 20—26 lipca b. r. umarło osób 64, co odpowiada na rok i 1,000 m. 28·8. W tym czasie umarło 2 osoby z ospy, 1 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 sierpnia. Niezwykły gość bawił w ostatnich dniach w Krakowie. Głośnéj sławy mineralog, rektor uniwersytetu w Santiago, członek krakowskiéj Akademii Umiejętn. itd. Domejko po kilkadziesiątletniéj niebytności w Europie powrócił do kraju. Z imieniem czcigodnego gościa wiążą się wspomnienia złotéj epoki rozkwitu nauk i poezyi w Polsce, których ogniskiem było Wilno. Podczas czterdziestokilkoletniego pobytu na drugiéj półkuli Domejko nie zerwał duchowego związku z narodem, a prace jego nadsyłane Akademii Umiej. świadczą, że nietylko z tytułu był jéj członkiem czynnym. Członkowie Akademii i profesorowie Uniwersytetu, znajdujący się obecnie w Krakowie wraz z kilku obywatelami ugościli sławnego naturalistę ucztą, podczas któréj wyrazili mu tę cześć i uznanie, jakiemi szczyci się osoba jego między rodakami.

* Dyrekcyja dóbr Arcyksięcia Albrechta (*Cameral-Direktion*) w Cieszynie ogłasza do d. 20 sierpnia b. r. konkurs na posadę lekarza górniczego (*Werksarzt*) w Bindt obok Marksdorf stacyi kolei Koszycko-Bogumińskiéj na Spiżu. Pensyja stała wynosi 1000 złr. przytém mieszkanie, opał i utrzymanie jednego konia. Ubieganie się o tę ze wszech miar korzystną posadę zalecamy naszym kolegom.

* Produkta maziowe fabryki w Neuberg nad rzeką Murem (Styryja), wyrzucone do rzeki, zatruły wszystkie ryby na przestrzeni kilkomilowéj, aż po Bruck nad Murem (Czasop. Towarz. Aptekar., Nr. 15).

* **Ruch kąpielowy**. Do d. 30 lipca było gości kąpielowych w Truskawcu 806, w Szczawnicy 2270, w Giesshüblu 253, w Rożnowie 1200. Do d. 4 bm. było gości w Gainfarn 891, w Cieplicach czeskich 5,918.

* **Francyja**. Dr. Straus i Roux powrócili z Tulonu do Paryża: o wynikach ich badań cholery jeszcze nic nie wiadomo. W okolicy Toulonu i Marsylii po wsiach i miasteczkach przebywa wiele osób, które schroniły się przed cholerą; między tymi zbiegami zdarzają się często przypadki śmiertelne. Żałować wypada, że o cholerze poza obrębem Toulonu i Marsylii nie ma żadnych wiadomości, a fakt jest niezbity, że tam epidemija panuje.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. Docent prywatny Dr. Wilhelm Biedermann mianowany został nadzw. profesorem fizyjologii w niemieckim Wydziale lek.; Czeski Wydział lekarski przedstawił profesora nadzwyczajnego chemii Dra Horbaczewskiego na profesora zwyczajnego. — **Wiedeń**. Proff. Billroth, Brücke, Langer, Meynert i Nothnagel otrzymali dyplom doktorski honorowy uniwersytetu kijowskiego. Prof. Wedl na własne życzenie przeniesiony został w stan spoczynku i w nagrodę zasług otrzymał tytuł radcy dworu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Chodounskiego: Przyczynek do leczenia gruźlicy płucnéj; Wasserzuga: Przypadek krwistku zamacicznego. — W *Medycynie* Nr. 31: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych.

Sprostowanie. W Nrze 31 Przegl. Lek. na str. 423, szpalta 2ga, wiersz 27y od dołu: zamiast: „samowolnie“ powinno być: „soczewki“; na str. 424, szp. 1sza, wiersz 6ty z góry zamiast: „mięśniem“ powinno być: „mięśniami“.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki**.

L. 243.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich i względnie PP. lekarze praktyczni (magistrzy chirurgii) kompetując, swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 1go Września rb. wnieść zechcą.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za odwiedzanie chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących do 80 złr. rocznie; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 23go Lipca 1884.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcinczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, E. Meudrochowitz, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Priessnitzthal w Mödling.

30 minut drogi od **Wiednia** przy kolei Południowéj.
Pyszne położenie w okolicy obfitującéj w lasy sosnowe i jodłowe.
Wytworne utrzymanie w Zakładzie.—Umiarkowane ceny.
Prospekta rozsela się na żądanie.

Lekarz naczelny

Dr. Józef Weiss

Członek Wydziału lek. w Wiedniu,
Redaktor „Zeitschrift für Therapie.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony.
Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże.
Użycie elektroterapii, mięsienia i kąpieli igliwijowych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Najlepsza woda do picia w czasie epidemij.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój orzeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wiedeń.

Aby Etykieta i wycisk korkowy były jak obocznie wskazano **należy uwagę zwracać.**

MATTONI'S GIESSHÜBLER

QUINA LAROCHE

Z ŻELAZEM

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

PARYŻ, 22, ULICA DROUOT

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

L. 951.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Emolumenta są: Płaca roczna 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do dnia 1 Września rb.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów dnia 1 Lipca 1884 r.

Radykalne leczenie suchot płucnych i chorób przewlekłych narzędzi oddechowych

OLÉJ z KREOZOTEM — WINO z KREOZOTEM



MIĘKKIE KAPSUŁKI

Bourgeaud'a

z DOBOROWYM KREOZOTEM

(z mazi Bukowéj) i z **Olejem rybim.**

Wyłącznie wynadgrodzone na Wystawie powszechnéj w 1878

BOURGEAUD, Aptékarz I Klasy; dostawca szpitali paryzkich. W Paryżu, 20. Rue Rambuteau, 20.

Kapsułki nasze (Wino i Olej) Kreozotowe, które próbowali i używają w szpitalach paryzkich Doktorowie i Profesorowie Bouchard, Vulpian, Potain, Bouchut i inni, dały takie znakomite rezultaty, w leczeniu *chorób piersiowych, Oskrzeli, Kaszlu, Chrypki* i. t. p., że największe powagi lekarskie we Francyi i Zagranicą, tylko takowe zapisują. Prosimy czytać prospekt.

Dla gwarancyi każde pudełko i każda flaszka opatrzone są sygnaturą z medalami i podpisem BOURGEAUD, Ex-Ph. des Hôpitaux de Paris.

Cena pudełka 4 Frk. — Flaszki wina lub oleju 5 Frk. — Najlepsze Wino krzepiące z Chiną i z Kakao na Maładze jest **Wino Jean Bourgeaud.** Flaszka 4 Frk.

We Lwowie w aptekach P. P. Mikolascha i Krzyżanowskiego w Krakowie. W aptekach P. P. Trauczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego.

WODY LECZNICZE GAZOWE:

Żelazista woda zawiera pyrofosforan sodowo-żelazawy. Cena flaszki mocniejszéj 25 c., słabszéj 22 c.
Litowa woda zawiera nierównie większą ilość węglanu litowego, jak najbogatsza w tę sól którakolwiek woda rodzima.
Jodowa woda bogatsza w sole jodowe jak którakolwiek woda rodzima. Cena 18 c.
Alkaliczna woda na kształt **Selterskiéj**, według rozbioru chemicznego Frezeniusa. Cena 18 c.
Alkaliczna woda na kształt **Vichy.** Cena dużéj flaszki 45 c., mniejszéj 30 c.
Szczawa sodowa na kształt Bilińskiéj. Cena 15 c.
Lemonijada magnezyjowa środek przeczyszczający przyjemnego smaku, osobliwie dla niewiast i dzieci. Cena 35 c.

Panom Aptekarzom strąca się odpowiedni rabat.

Wody wyż wymienione aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie krakowskie, a skutki lecznicze tamże, przez Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego Wgo Dra Korczyńskiego, Profesora Uniwersytetu Jagiell. Wgo Dra Pareńskiego, Prymaryjusza szpitala św. Łazarza Wgo Dra Paszkowskiego stwierdzone.

Koncesyjonowany zakład fabryczny Wód Gazowych Karola Rzący w Krakowie.

Od dłuższego czasu używam tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnej, wód lekarskich, wyrabianych przez Pana K. Rzącę w Krakowie według wskazówek udzielonych mu przez Komisyję balneologiczną Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Przekonawszy się o skuteczności tych przetworów, jak niemniéj stwierdziwszy, że przyrządzane bywają bardzo starannie, mogę jak najsumienniéj polecić je do używania w praktyce lekarskiéj a mianowicie:

Woda litowa, woda z pyrofosforanem żelazawym mocniejsza i słabsza mogą w zupełności zastąpić wody sztuczne tego nazwiska dotychczas z zagranicy sprowadzane. **Woda jodowa** oddaje znakomite usługi w przypadkach, gdzie z powodu cierpienia żołądka nie można używać przez czas dłuższy jodku potasu w zwykłéj postaci. **Sztuczna woda Selterska, woda Vichy i Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj** są równie skuteczne jak odnośne wody naturalne i dla tego mogą być używane z korzyścią w zastępstwie wód naturalnych.

Kraków 25 Marca 1882.

Prof. Dr. Korczyński
Dyrektor Kliniki lek. w Uniw. Jag

WODY LECZNICZE MUSUJĄCE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA

Aptekarza we Lwowie.

WODA ALKALICZNA MUSUJĄCA zawiera w 1000 gr.: 1½ gr. soli kuchennéj, 6½ gr. dwuwęglanu sodowego, ½ gr. siarkanu magn i 3—4 objętości bezwodnika węgl. — Cena 16 ct.
WODA GORZKA MUSUJĄCA w 1000·0: 40·0 siarkanu magn., 6·5 dwuwęglanu sodowego 10·0 siarkanu sod., 3·0 soli kuchennéj i 3—4 objętości bezwodn. węgl. — Cena 16 ct.
WODA JODOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj, 0·5 jodku potasow. 0·5 jodku sodow. 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 18 ct.
WODA BROMOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj 4·0 dwuwęgl. sod., 2·5 bromku sod., 2·5 bromku potasowego i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 18 ct.
WODA MAGNOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj, 7·0 dwuwęglanu magn. i 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 16 ct.
WODA LITOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 dwuwęgl. litowego, 3·5 dwuwęglanu sod., 1·5 chlorku sod. i 3—4 objętości bezwodn. węgl. Cena 16 ct.
WODA ŻELAZISTA MUSUJĄCA w 1·0000: 0·5 pyrofosfor. żelaz., 5·0 pyrofosfor. sodow., 3·0 cytryn. sodow. i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 16 ct.
WODA SALICYLOWA MUSUJĄCA zawiera w 1000·0: 6·0 salicylanu sod. 1·5 chlorku sod., 6·0 węglanu sod. i 3—4 objętości bezwodn. węgl.—Cena 18 ct.

Oprócz tych wód leczniczych wyrabiam także:

LEMONIJADĘ ANGIELSKĄ MUSUJĄCĄ bardzo łagodny środek na przeczyszczenia.—Cena 35 ct.

Za próżną butelkę zwraca się 6 ct.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.